Przewodnik Pielęgniarski

Dodatek do Nowin Psychjatrycznych

poświęcony pielęgniarstwu psychjatrycznemu dla użytku personelu szpitali psychjatrycznych.

Rok III. Dziekanka 1931. Kwartał IV.

Założyciel i redaktor Al. PIOTROWSKI.

Administracja: Zakład Psychjatryczny Gniezno — Dziekanka.

Cena abonamentu: 2.— zł rocznie, 1.— zł półrocznie, 0,50 zł kwartalnie.

Poza abonamentem 1.— zł za egzemplarz.

Treść zeszytu 1931, IV.

Nowoczesne leczenie psychicznie chorych.[1])

Podał Dyr. Dr. WICKEL — HAINA (Niemcy).

Ciąg dalszy.

Kilku chorych zatrudniałoby się w szwalni pawilonu. Wogóle pawilon winien posiadać szereg pomieszczeń na pracownie, by dać możność różnym kategorjom chorych do kontynuowania swej pracy zawodowej. Mam na myśli stolarnię (remont uszkodzonych mebli i ewentualnie wyrabianie nowych, ram do obrazów, wózków ręcznych, kół do wozów, wyrób koszyków, szczotek, ławek, stołów, etażerek na kwiaty), pozatem warsztat tkacki na dywany, chodniki, wycieraczki, podeszwy na pantofle z uplecionych „warkoczów“.

Potrzebne do poszczególnych zajęć narzędzia znajdują się w osobnej szafce. Tu każde narzędzie odrysowuje się (w kolorze czarnym) na półce, i narzędzia kładzie się następnie na właściwym rysunku. Tym sposobem pielęgniarz(rka) przy zbieraniu narzędzi nie może niczego zapomnieć, niczego przeoczyć. Warsztaty i pracownie podlegają właściwemu rzemieślnikowi, któremu pomagać winien personel pielęgniarski w dostatecznej liczbie. Wogóle każdy pawilon winien być zaopatrzony w dostateczną ilość personelu pielęgniarskiego — nietylko ze względu na chorych, lecz i na wypadek konieczności udzielenia sobie nawzajem pomocy. W przypadkach silniejszych wybuchów podniecenia ze strony chorych należy zawołać lekarza.

Spokojniejszych, wdrożonych już do zajęcia chorych należy zatrudniać w pobliżu pawilonu, n. p. oczyszczeniem ścieżek, gazonów itp. Jeżeli chory się podnieca, a cierpliwa perswazja nie pomaga, należy go w sposób grzeczny, lecz stanowczy odprowadzić do pawilonu. Wielki wpływ w kierunku uspokojenia pacjenta wywiera też zajęcie w warsztacie tkackim.

Przy naszkicowanej wyżej terapji zajęciowej wypadki poważniejszych stanów podnieceniowych (nawet u trudniejszych chorych) będą rzadkością. Na pawilonach zamieszkałych przez chorych spokojniejszych, zajęcia, rozrywki i pożyteczna praca zbliżać się będzie mniej lub więcej do normy życia pozazakładowego.

Dotąd mówiłem tylko o terapji zajęciowej i jej stosowaniu u chorych niespokojnych. Nie chciałbym jednak pominąć pawi-

---

[1]) Artykuł ten zredagowany specjalnie dla Przewodnika Pielęgniarskiego.

lonów dla chorych pozostających w łóżkach. Tu dawniej nic nie robiono, w przekonaniu, że chorzy potrzebują przedewszystkiem spokoju. Lecz i tutaj zbawienne skutki terapji zajęciowej przeszły poprostu wszelkie oczekiwania. Sporo pacjentów opuściło łóżko, chętnie a nawet z zamiłowaniem oddając się jakiemukolwiek prostemu zajęciu (skubanie wełny, wiązanie, oczyszczanie dróg, plenienie chwastów itp.), a ich stan fizyczny i psychiczny znacznie się poprawił.

Wielkie znaczenie w terapji zajęciowej ma dobry przykład. Najlepiej będzie, gdy chorego bezpośrednio po przyjęciu do zakładu umieścimy wśród chorych zatrudnionych, a najczęściej pójdzie on za przykładem towarzyszów. Niejednokrotnie zdarzyło mi się, że pielęgniarz, który przywiózł pacjenta z innego zakładu, zapewniał kategorycznie, iż żadną miarą nie uda się nam nakłonić chorego do jakiegokolwiek zajęcia. A jednak — chory, przyprowadzony bezpośrednio z sali przyjęć wprost do warsztatu, podjął natychmiast zajęcie, które wykonywali towarzysze. To znaczy, że widok pacjentów pracujących i dłuższy pobyt wśród nich robi swoje.

Zaznaczyć jednak należy, że często wybuch podniecenia u chorych spowodowany jest nieumiejętnem postępowaniem ze strony personelu dozorującego. Wystarczy słowo wypowiedziane tonem ostrym, rozkazującym, a chory się podnieca, wymyśla, grozi itp. Personel winien dołożyć wszelkich starań, by uniknąć wszystkiego, co mogłoby chorego podniecić: nadewszystko winien on panować nad sobą i unikać powiedzeń mogących chorego wprowadzić w stan podniecenia. Wiele znaczy tu łagodna, cierpliwa perswazja. Należy odwrócić uwagę chorego n. p. nakłonić go do jakiejkolwiek gry towarzyskiej, nie tej to innej, a takie postępowanie okaże się w końcu skuteczne.

Lekarz może jedynie pobudzić chorych do podjęcia pracy i udzielić pierwszych ogólnych wskazówek. Nie może on jednak być wszędzie, w każdym warsztacie. Pod tym względem główne zadanie przypada w udziale personelowi pielęgniarskiemu.

To też pielęgniarz(ka), który(a) w dziedzinie terapji zajęciowej może okazać się pomyślnemi wynikami, zasługuje na nasze szczere uznanie.

Na zakończenie chciałbym poruszyć kwestję rzekomego wyzyskiwania chorych przez zakłady w celach gospodarczych

Nieraz nawet padały zarzuty, jakoby zakłady stosujące na szerszą skalę terapję zajęciową robiły to jedynie w celach gospodarczych, a biedni, słabi, bezbronni chorzy są wyzyskiwani. Na to odpowiedziałbym, że nasamprzód zależy nam na tem, by dostarczyć chorym jaknajwięcej rozrywek. Nie można jednak przez cały dzień się bawić, konieczną jest też dla człowieka pożyteczna, dająca zadowolenie praca. Wobec tego chorzy u nas przez część dnia się bawią, a druga poświęcona jest pożytecznym zajęciom. Zresztą zarzut, jakobyśmy z pożytecznych zajęć chorych chcieli ciągnąć jakiekolwiek korzyści materjalne dla zakładu, jest wprost śmieszny. Takich korzyści żaden zakład nie ma. Należy bowiem nie zapominać, że dostarczony chorym materjał (surowiec) sporo kosztuje, pozatem chorzy sami dużo niszczą i psują, nim dojdą do pewnej wprawy. Nie o zyski nam idzie: terapja zajęciowa jest metodą leczniczą — chory odwraca się od swoich chorobowych urojeń, zajęcie wyrywa go ze szponów odrętwienia. Przy zajęciu umysł chorego pracuje względnie powoli do pracy przywyka, a zajęcie wpływa na niego kojąco.

Natomiast przyznać trzeba, że przy szeroko stosowanej terapji zajęciowej konsumcja środków nasennych maleje. Jest to jednak jedyna korzyść materjalna, którą zakład ma z zajęcia swych pacjentów.

Naogół przyznać musimy, że terapja zajęciowa szeroko stosowana u pacjentów zakładu stanowi wielki krok naprzód w lecznictwie psychjatrycznem.

Przełożył BR. MAKOWSKI (Dziekanka).

Prawa i obowiązki pielęgniarza.

Napisała Dr. A. ZAKRZEWSKA — Dziekanka.

Ciąg dalszy.

Personel pielęgniarski powinien chorym pomagać (przy ubieraniu, przy myciu, czesaniu, czyszczeniu ust), o ile zachodzi tego potrzeba. Zadaniem personelu jest dbać, ażeby chory wyglądał czysto; sale i łóżka należy utrzymywać w czystości i porządku.

Chorych zanieczyszczających się należy w regularnych odstępach wyprowadzać na ustęp.

Każdego wieczora ubrania mają być wynoszone z sal a kieszenie badane.

Personel ma zwracać baczną uwagę na robactwo i donosić o tem.

11. Izolowanie chorych gwałtownych lub niebezpiecznych jest niedozwolone. O pielęgnowaniu chorych na padaczkę patrz dodatek A.

12. Do zajęć domowych, w ogrodzie, w polu itd. wolno brać tylko chorych, wyznaczonych przez lekarza. Jeżeli chory wzbrania się i nie chce zająć się czemkolwiek albo okazuje zmianę w zachowaniu się, należy odprowadzić go na oddział i donieść o tem starszemu pielęgniarzowi (st. pielęgniarce).

Chorych zatrudnionych nie należy nigdy zostawiać samych. Gdy jeden lub kilku chorych, będących pod dozorem jednego tylko pielęgniarza (pielęgniarki), zachowuje się niespokojnie, wtedy odprowadza się wszystkich chorych z powrotem.

Po każdej pracy chorzy mają myć ręce i czyścić ubrania.

13. Przy rozdzielaniu jedzenia trzeba dawać baczenie, ażeby nieoględni i łapczywi chorzy nie jedli potraw gorących. Przy rozdzielaniu ryb należy uprzednio usuwać ości.

Wszystkim chorym (prócz takich, którzy się znajdują w pawilonie I, VIII, IX, X, XI), należy mięso pokrajać na drobne kawałki. W zasadzie nie podaje się chorym noży i widelcy do rąk. Na oddziałach, w których używanie noży i widelców jest dozwolone, należy je przy nakrywaniu stołu policzyć, jak również skontrolować ich liczbę po skończonym posiłku, następnie trzeba je zaraz oczyścić i zamknąć.

14. Kąpiel oczyszczającą stosuje się conajmniej co tydzień. Ciepłota ma być zawsze mierzona termometrem i wynosić 35° C. Kąpiele te trwają 10 minut. Po każdym chorym należy wodę zmienić.

Chorzy na otwartych oddziałach dostają natryski. Nigdy nie wolno chorego pozostawiać samego w kąpieli.

15. Chorych wolno odwiedzać tylko za pozwoleniem lekarza. Przy odwiedzinach trzeba uważać, ażeby chorym nie doręczono potajemnie jakichkolwiek szkodliwych przedmiotów.

Rzeczy, przyniesione chorym, należy przejrzeć i wręczyć choremu za poprzedniem zezwoleniem lekarza.

16. Materjały do pisania i do rysunków doręcza chorym tylko starszy pielęgniarz (st. pielęgniarka) za pozwoleniem lekarza.

Listy od chorych mają być doręczane lekarzom podczas wizyty; treść listów winna być zachowana w ścisłej tajemnicy.

Bez pozwolenia dyrektora nie wolno nikomu załatwiać chorym sprawunków.

17. Przed przechadzką w parku trzeba chorych policzyć. Jeden pielęgniarz (pielęgniarka) prowadzi oddział, a drugi (ga) zamyka pochód.

Po powrocie do domu należy ponownie skontrolować liczbę chorych.

18. Nakazuje się ostrożne obchodzenie się z ogniem i światłem, celem zapobieżenia wypadkom pożaru.

Należy baczyć, ażeby chorzy nie weszli w posiadanie zapałek lub innego rodzaju materjałów zapalnych. Popiół i tlące się węgle przechowywać wolno tylko w żelaznych naczyniach, palących się węgli nie wolno przenosić z jednego miejsca na drugie.

Palenie tytoniu w sypialniach jest zakazane.

O zachowaniu się w razie wybuchu pożaru pouczają osobne przepisy.

19. Kary za przewinienia wymierza dyrektor lub jego zastępca. Lżejsze przewinienia karane będą upomnieniem lub pozbawieniem urlopu; dalej stosuje się kary pieniężne. Przy cięższych przewinieniach stosuje się naganę, ostrą naganę, wreszcie wydalenie. c. d. n.

Zachowanie się tętna w przebiegu chorób.

Skreślił Dr. J. WOŁOWIEC + — Dziekanka.

Pewny jestem, że na pytanie zadane dzieciom „kto to jest lekarz“, otrzymałbym następującą odpowiedź: „doktór, to jest taki pan, który przychodzi do chorego, każe pokazać choremu język, następnie w jednej ręce trzyma zegarek, drugą zaś ściska rękę chorego powyżej dłoni.“ Tak więc dzieci, jako istoty

dobrze spostrzegawcze, podałyby mi jeden z punktów badania chorego przez lekarza. Nasuwa się pytanie, co za cel ma lekarz trzymając chorego za rękę — odpowiedź: lekarz bada ilość i stan tętna. Co to jest tętno? Tętno jest to napełnianie się tętnic krwią przy każdorazowym skurczu serca lewego; zmianę tę najlepiej i najczęściej badamy na tętnicy promieniowej w linji przedłużenia palucha w stawie nadgarstkowym, po stronie przyśrodkowej, o ile ręka ułożona jest grzbietem do góry.

Może się ktoś z laików zapytać, „dlaczego jednak, czy to w chorobie zakaźnej, czy to u rannego, czy też w innej chorobie, lekarz zawsze za pierwszy niemal obowiązek uważa badanie tętna chorego“. Ponieważ serce wraz z naczyniami krwionośnemi stanowi niejako motor, który porusza i w czyn wprowadza cały mechanizm, t. j organizm ludzki, nic więc dziwnego, że każda zmiana zaszła w organizmie odbije się w działaniu motoru, w „systemie krążenia“, z drugiej zaś strony zmiany w krążeniu odbiją się na całości stanu organizmu. Nic więc dziwnego, że lekarz bada stan tętna, które jest poniekąd igłą mechanizmu, której wahania i zmiany czy to w ilości okrążań, czy to stanu wychyleń wskazują nie tylko na zmianę zaszłą, lecz wprost dozwalają w związku z innemi cechami rozpoznać zmianę zaszłą w organiźmie i pozwalają nieraz wprost na skierowanie myśli w kierunku odpowiedniego leczenia i zastosowania danego środka leczniczego w odpowiedniej chwili, który może życie uratować. Wołają nas n. p. do rannego, badamy tętno prawie niewyczuwalne, chory jest blady. Błędem byłoby zabieranie się w takiej chwili do szycia rany, tutaj musimy przedewszystkiem poprawić siłę krążenia, a więc damy odpowiedni środek nasercowy, nieraz wprost do serca, wprowadzamy pod skórę roztwór soli kuchennej a potem dopiero odpowiednio opatrywać będziemy ranę.

W fizjologji i patologji narządu krążenia, główny punkt stanowi zdolność tego narządu do przystosowania swej sprawności w szerokich granicach do zapotrzebowania. Tę zdolność akomodacyjną (przystosowania) spostrzegamy tak w sercu jak i w całym narządzie krążenia.

Aby sobie wyrobić sąd o stanie krążenia, niezbednem jest więc, oprócz badania serca, badanie tętnic i żył. Badanie tętnic dotyczy właściwości ścian (wężykowatość, twardość) B da się też uważnie napełnienie tętnicy, dalej czystość, wielkość, napię-

cie, miarowość i postać tętna. Badanie tętnic ma niezmierne znaczenie, gdyż objawy na nich spostrzegane są wynikiem tego, co odbywa się w sercu i częściach obwodowych krążenia, szczególnie w tętnicach drobnych i naczyniach włosowatych. Jako metoda dla lekarza i wogóle badającego najważniejszem pozostanie przedewszystkiem — prawdopodobnie jeszcze na długo — „obmacywanie tętna". Uważamy, czy tętno jest pełne, wysokie, dobrze napięte i średnio czyste. Stare pojęcie „dobre tętno" ma jeszcze i obecnie bardzo duże znaczenie.

Przejdę teraz pokrótce zachowanie się tętna w różnych stanach chorobowych. Ogólnie mówiąc, możemy mieć przyspieszone lub też zwolnione tętno, dalej możemy mieć, co do stanu tętna, silnie lub słabo napięte.

Normalna ilość tętna u człowieka zdrowego w spokoju wynosi 72 uderzenia na minutę i jest ono dobrze wyczuwalne. Zmiany w tętnie znajdziemy tak, przy schorzeniu samego narządu krążenia, czy to „serca", czy to naczyń krwionośnych, jak również i w chorobach innej części organizmu ludzkiego.

Ogólnie rzecz biorąc, we wszystkich chorobach gorączkowych mamy przyspieszenie tętna; średnio na jeden stopień podwyższenia ciepłoty przypada przyspieszenie tętna o 10 uderzeń Nie jest to jednak regułą, bo n. p. w tyfusie brzusznym uderza małe przyspieszenie tętna, np. przy 40 stop. ciepłoty (gorączki) możemy mieć 90—100 uderzeń na minutę. Krążenie krwi zależy głównie od czynności nerwów naczynioruchowych, przeważnie od ich porażenia zależy w chorobie zapaść (nagła śmierć przy szybkim spadku ciepłoty, oraz przy drobniutkiem, często niewyczuwalnem przyspieszonem tętnie). Nic więc dziwnego, że we wszystkich chorobach gorączkowych baczną uwagę zwracamy na zachowanie się tętna i staramy się szczególnie o podniesienie siły krążenia, dawne bowiem już przysłowie lekarskie mówi: „cor primum movens et ultimum moriens" (serce początkiem i końcem życia jest). Weźmy pod uwagę n. p. błonicę, chorobę bardzo niebezpieczną wieku dziecięcego; o ile odpowiednie specyficzne leczenie w czas nie zostało zastosowanem, w większości wypadków na pierwsze miejsce obrazu chorobowego wysuwa się ciężkie upośledzenie krążenia krwi, napełnienie tętna ciągle się zmniejsza, ciśnienie krwi coraz bardziej spada i często niespodziewanie dla otoczenia nastąpić może śmierć w bardzo głębokiej zapaści.

Weźmy pod uwagę zapalenie płuc. Wysokość ciepłoty nie przedstawia żadnego punktu oparcia dla oceny niebezpieczeństwa, ważniejszych wskazówek udziela badanie tętna — małe, miękkie, znacznie przyspieszone tętno wskazuje na niebezpieczeństwo, dlatego też zapalenie płuc groźne jest szczególnie dla tych, którzy przedtem już cierpieli na schorzenie lub osłabienia serca.

Choroby nerek przebiegają też ze zmianami tętna; oto w większości wypadków chorób nerkowych mamy zwykle wzmożenie ciśnienia tętniczego.

Charakterystyczną cechą Basedowa (zmiana w gruczole tarczycowym) jest wybitnie przyspieszone tętno, ilość uderzeń dochodzić może do 160 na minutę. W chorobie zwanej miażdżycą tętnic, chorobie wieku przeważnie starszego, znachodzimy też zmiany w tętnie.

W stanach zmniejszonego ciśnienia powietrza w tak zwanej chorobie balonowej (przy wznoszeniu się w górę) mamy wybitne przyspieszenie tętna. Ruch, praca mięśniowa powodują przyspieszenie tętna (sposób często używany u poborowych w celu otrzymania zwolnienia ze służby wojskowej, sposób ten jednak łatwo zostaje wykrywany przez badającego lekarza). Urazy w głowę mogą wywołać przyspieszenie i niemiarowość tętna.

Przy wstrząśnieniu mózgu mamy zwolnienie tętna, jednym też z objawów przy ucisku mózgu (n. p. przy kilaku) występuje zwolnienie tętna.

Porażenie naczynio-ruchowe szczególnie w połączeniu z jednoczesną niedomogą sercową stanowi tło licznych zapaści, jakie się widuje w zakażeniach, w zatruciach i po silnych bodźcach nerwowych. Tętno jest małe, miękkie, przyspieszone, n. p. przy zatruciu alkoholem, przy zatruciu nikotyną mamy przyspieszenie i niemiarowość tętna. Z drugiej strony mogą rozległe skurcze naczyń podnieść ciśnienie krwi i utrudnić sercu pracę n. p. w zatruciach ołowiem, strychniną, tętno jest wolne i twarde. Przy ostrem zatruciu morfiną i makowcem mamy tętno silnie napięte, w przewlekłych zaś otruciach temi substancjami, tętno jest drobne, niemiarowe, przyspieszone. Przy zatruciach środkiem nasercowym naparstnicą (digitalis) mamy zwolnienie i niemiarowość tętna. W chorobach psychicznych mamy też do czynienia ze zmianami tętna. Czasem

u melancholików pojawiać się może silny afekt lęku, z napadem silnej duszności, z przyspieszeniem tętna, lub też przeciwnie, z chwilowem ustaniem bicia serca. Tak w aurze (wietrzyku) naczynioruchowej padaczki, jakoteż i podczas napadu padaczkowego spotykamy zmiany tętna. W histerji często mamy przyspieszenie tętna. W neurastenji spotykamy przyspieszenie tętna do 200 uderzeń na minutę, zjawiające się napadowo z równoczesną zmiennością tętna przy zmianie położenia ciała. W nerwicach z przestrachu mamy przyspieszenie i łatwą zmienność tętna.

Tak więc, z tego krótkiego przeglądu zachowania się tętna w przebiegu chorób, wyrobić sobie możemy zdanie, jak ważnem i koniecznem jest zawsze i w każdej chorobie badać tętno, tak co do jego ilości, jak i jego stanu. Badać tętno powinien nie tylko lekarz, lecz każda z osób pielęgnujących pacjenta, powinna umieć badanie to przeprowadzić; trzeba tylko trochę woli i zrozumienia wartości, jaką przedstawia badanie tętna.

STRESZCZENIA.

AL PIOTROWSKI: Dziesięciolecie polskiej działalności w Dziekance. Now. Psychj. 1929, III-IV.

Dziesiątą rocznicę objęcia Dziekanki przez polską administrację, autor uczcił wydaniem zeszytu jubileuszowego Nowin Psychjatrycznych i podaje w artykule wstępnym krótki opis Zakładu, wspomina o warunkach przyjęcia chorego, pisze obszerniej o działalności lekarskiej i o stosunkach pielęgniarskich, o zreformowaniu szpitala. W Dziekance niema krat, izolatek, zawijań w koce, zastrzyków skopolaminy i morfiny, ani masowego rozdawania narkotyków. Metoda pościelowa jest zarzucona. Mury zostały w większej części zniesione.

Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance polega na utrzymaniu chorego na możliwie wysokim poziomie kulturalnym i socjalnym za pomocą psychoterapji i leczenia zajęciowego (do 90% chorych było zajętych) i wychowaniu do życia rodzinnego i społecznego.

Autor przedstawia stan zdrowotny w Zakładzie, wskazuje na rozwój opieki rodzinnej, na wzrost liczby chorych, mianowicie pacjentów klasowych i stwierdza, że praktyka psychja-

tryczna, stosowana w Dziekance w ostatnich 10 latach, nie zdołała wprawdzie zupełnie wykluczyć niepożądanych zjawisk w rodzaju samobójstwa itp., jednakowcż dała ona możność do zredukowania takich wydarzeń do minimum (w ciągu 10 lat 2 samobójstwa). Podkreśla, że metody lecznicze praktykowane od 10 lat w Dziekance, doprowadziły do usunięcia detencji, do podniesienia poziomu kulturalnego i socjalnego chorych, do rozszerzenia terapji zajęciowej do poważnych rozmiarów, do rozpowszechnienia systemu opieki rodzinnej, do zwiększenia liczby pacjentów wyleczonych i polepszonych, do obniżenia odsetki śmiertelności.

Stąd wynika, że system leczniczy, stosowany w ubiegłym okresie 10-letnim w Dziekance, nie był gorszy od tradycyjnych metod leczenia, a ze względu na lepsze wyniki może być uważany jako polecenia godny.

Streścił BR. MAKOWSKI — Dziekanka.

Dr. med. P. SCHULZE: Stacja opieki nad psychicznie chorymi. Geisteskrankenpflege 1930, 9.

Od wieku już rozwijają się w Niemczech coraz bardziej różnego rodzaju stacje opieki nad nieszczęśliwymi. Stworzono poradnie dla gruźlików, stacje opieki nad niemowlętami i dziećmi, kalekami, ślepymi, dla niedorozwiniętych, karanych i wenerycznie chorych. Na końcu zorganizowano również poradnię pozazakładową dla umysłowo chorych. Od półtora wieku panuje w lecznictwie chorób umysłowych dążność do stworzenia chorym warunków życia coraz bardziej zbliżonych do życia na wolnej stopie. Zniesiono z czasem izolację chorych w ciasnych komorach, środki krępujące, długotrwałe kąpiele i t. p. Wprowadzono terapję zajęciową, pozwalając na leżenie w łóżku tylko cieleśnie chorym. Terapja ta ma na celu jaknajszybsze umożliwienie chorym powrotu do domu do swych zwykłych zajęć. Skrócenie pobytu w zakładzie zapobiega różnym wtórnym objawom chorobowym, których pacjent może nabyć będąc przez dłuższy czas w otoczeniu chorych jak n. p. dziwaczność w ruchach, postawie, w czynach. Duże ma znaczenie, że ograniczona ilość miejsc w zakładach psychjatrycznych a duża ilość chorych umysłowo niebezpiecznych dla siebie lub otoczenia nie pozwala na dłuższy pobyt w zakładzie chorym umysłowo bez skłonności asocjalnych. Ponieważ więc

z zakładu wypisuje się osoby niezupełnie wyleczone, koniecznem się okazało utworzenie stacyj opieki pozazakładowej dla psychicznie chorych. Istnieją trzy systemy powyższych stacyj: 1. system „Erlangen“ polega na tem, iż poradnia zorganizowana jest w ścisłym związku z zakładem psychjatrycznym. Lekarzem poradni jest jeden z lekarzy zakładu, a jego siłami pomocniczemi są pielęgniarze również z tego samego zakładu. Ten system jest bardzo celowy, zwłaszcza tam, gdzie zakład znajduje się w pobliżu większego miasta. Lekarz, który poznał chorego w czasie jego pobytu w zakładzie, będzie dlań, po opuszczeniu zakładu, najlepszym opiekunem i doradcą. Drugi system tak zwany „Gelsenkirchen“: lekarz psychjatra, który pełni również funkcję lekarza w innych stacjach opieki społecznej, oraz pielęgniarze, są urzędnikami wydziału zdrowia urządzonego przez zarząd komunalny. Ujemną stroną tego systemu jest to, iż lekarz nie może pracować ręka w rękę z zakładem i nie zna dokładnie swych chorych. System ten nadaje się dla gęsto zaludnionych środowisk bez zakładu psychjatrycznego. Natomiast dla rzadko zaludnionych okolic z centralnie położonym zakładem psychjatrycznym odpowiada trzeci system, mieszany. Lekarz stacji pracuje również w zakładzie. Pomagają mu na obwodzie zarządy stacyj opieki nad psychicznie chorymi. Po opuszczeniu przez chorego zakładu zaczyna się nim opiekować wymieniona stacja. Funkcjonarjusze stacji opieki nad psychicznie chorymi winni dbać przedewszystkiem o to, aby ani chory, ani rodzina jego nie ponieśli żadnej szkody materjalnej z powodu zmniejszonej zdolności zarobkowej pacjenta. Często zajdzie potrzeba pertraktowania czy to z pracodawcą, czy z właścicielem domu, w którym zamieszkuje chory. Jeśli rodzina, z powodu choroby jednego z jej członków, popadnie w ubóstwo, obowiązkiem opieki będzie przyjść z pomocą materjalną, lub poczynienie starań o uzyskanie wsparcia u jakichkolwiek władz, lub instytucyj dobroczynnych. Czasami trzeba wszcząć kroki u władz celem ustanowienia kuratora lub opiekuna dla pacjenta. W razie pobytu chorego w zakładzie obowiązkiem rodziny jest utrzymywanie stałego kontaktu ze swym krewnym. Zdarza się jednak często, iż chory staje się wobec swej rodziny obojętnym, nawet wrogo do niej usposobionym, wtedy stacja opieki winna pośredniczyć w naprawie stosunków rodzinnych.

Stacja opieki powinna poinformować otoczenie domowe chorego, współpracowników, pracodawców i t. d., jak odnosić się do chorego, aby nie było starć i nieporozumień. Gdyby się okazało, iż opuszczenie zakładu było za wczesne, powinna stacja opieki poczynić starania, by umieścić chorego ponownie w zakładzie. Prócz chorych leczonych w zakładzie spotykamy w życiu wielu umysłowo upośledzonych, psychopatów, alkoholików i innych. I nad tymi powinna czuwać opieka społeczna pouczając n. p. otoczenie o charakterze i skłonnościach pacjentów i dając wskazówki, jak z nimi postępować, by ułatwić im współżycie. Gdyby się to nie udało, należy ewtl. postarać się dla nich o zmianę zawodu, lub miejsca pracy. Nałogowców, zwłaszcza alkoholików, należy pouczać, jakie niebezpieczeństwa grożą w przyszłości im i ich rodzinom. Należy ich nakłonić, by się zapisywali do odpowiednich stowarzyszeń, zwalczających te nałogi. Bardzo ważnem zadaniem stacji opieki nad psychicznie chorymi będzie również zwalczanie średniowiecznych poglądów szerszych mas o zakładach psychjatrycznych drogą uświadomienia przez wykłady, wyświetlanie odpowiednich filmów i t. d.

Streściła Dr. STEJKOWSKA Dziekanka.

Dr. M. MENNINGER v. LERCHENTHAL: Die Erregungszustände Geisteskranker als Gegenstand der Geisteskrankenpflege. (Wskazówki dla personelu pielęgniarskiego w stosunku do postępowania z podnieconymi chorymi psychicznie). Geisteskrankenpflege 1930, nr. 11 i 12.

Zachowanie się wobec chorych podnieconych i ich pielęgnowanie stanowi o poziomie moralnym personelu pielęgniarskiego. Dawniej stosowano przeciw chorym podnieconym środki krępujące fizyczne, jak łańcuchy, skrzynie. Dzisiaj traktowanie takie jest zarzucone.

Należy odróżniać chorych podnieconych od chorych, ulegających podnieceniu. Dla pielęgniarza koniecznem jest rozpoznanie, czy podniecenie wynika z choroby jako takiej, czy jest ono skutkiem jakiegoś bodźca zewnętrznego np. drażnienia, nieumiejętnego traktowania bądź to ze strony innych chorych, bądź też ze strony służby. Jeśli mówimy o chorobach

połączonych ze stanem czyli gotowością do podniecenia, to nasuwają się nam w pierwszym rzędzie stany manjakalne, objawiające się długotrwałą, nadmierną wesołością, ruchliwością, wielomównością, hałaśliwością, biciem, tłuczeniem itp.

Podniecenie wystraszonych melancholików różni się od niepokoju zdrowych li tylko wzmożoną siłą i trwałością.

Przy zboczeniach psychicznych z halucynacjami i iluzjami zachodzą wszystkie stopnie podniecenia, od łagodnych aż do najcięższych. Tu nie powinniśmy zapominać, iż podniecenia, spowodowane omamami i złudzeniami, należą do najczęstszych; większość chorych miewa omamy o nader przykrym i dręczącym charakterze. Tak jak nerwowego człowieka podnieca hałas (dzwonienie, hałasujące dzieci, trzaskanie drzwiami), tak psychicznie chorego podniecają omamy, szczególnie słuchowe.

Charakterystyczne są stany podniecenia u katatoników, odznaczających się dziwactwami, zboczeniami ruchowemi. Chorzy mogą godzinami być w ruchu, lub też trwać w bezruchu. Niepokój ich bywa zmanierowany, kapryśny, powtarzający się bez końca. Chory milczy lub dużo gada i wrzeszczy, nie troszczy się o to, co się koło niego dzieje. Wystarczy, jeśli pielęgniarz pozamyka okna i drzwi i spokojnie odczeka, aż się pacjent sam — albo też po zastosowaniu lekarstwa — uspokoi.

Odrębne stanowisko zająć winniśmy wobec czynów popędowych. Chory popędliwy może zaskoczyć nas niespodziewanie; wybuch jego nie jest do przewidzenia. O tych chorych, zazwyczaj niebezpiecznych, jesteśmy słusznie w stałej trosce i obawie.

Aczkolwiek powyżej wymienione stany podniecenia w pierwszym rzędzie są przedmiotem opieki lekarskiej, to jednak wymagają one w czasie swego trwania także pewnego współdziałania personelu pielęgniarskiego. Tembardziej podniecenia, wywołane nietylko chorobą jako taką, lecz i stykaniem się chorego z otoczeniem, dają osobom pielęgnującym wiele możliwości, by im zapobiec.

Że pomiędzy podnieceniem wywołanem bodźcami zewnętrznemi, niema ścisłej granicy, wykazują najlepiej stany podniecenia z obłędu. Urojenia, szczególnie dobrze przemyślane i uporządkowane, stawiają chorego w sprzeczność z otoczeniem. Chory jest z tego powodu wrogo nastawiony do ludzi i skłonny

do podniecenia. Występują one bez widocznego powodu, to zn., że zostały wywołane chorobą. Przykładem są chorzy, cierpiący na obłęd prześladowczy, którzy zdarzenia zupełnie nie tyczące ich (pokaszliwanie, chrząkanie, rozmowy) uważają jako skierowane przeciw sobie.

Omamy mogą bezpośrednio wywołać urojenia, których następstwem może być podniecenie.

Zachodzą też chorobowe zmiany nastrojowe, mianowicie nadwrażliwość chorobliwa, tworząca pewną gotowość do podnieceń. Podniecenia te, spowodowane najrozmaitszemi przyczynami, nazywamy pośredniemi, reaktywnemi, a chorych takich nazywamy skłonnymi do podniecenia, w przeciwieństwie do podnieconych.

Jako przykład podajemy najważniejsze przypadki.

W stanach manjakalnych znajdzie się zawsze nadwrażliwość. Paralitycy i padaczkowi chorzy również są nader wrażliwi i obrażliwi do żywego.

Do drugiej grupy zaliczamy chorych umysłowo niedorozwiniętych, głuptaków, dalej — histeryków i psychopatów o obniżonej wartości zwłaszcza społecznej. Drażliwość umysłowo słabych znają nawet laicy doskonale i często jej się boją. Również psychopaci i histerycy szybko się podniecają, są jednak zazwyczaj dostępni łagodnej perswazji. Nie należy nigdy usiłować narzucić im swą wolę, lub swe zapatrywanie, albowiem to sytuację tylko pogarsza.

W ramach pośrednio spowodowanych podnieceń podkreślamy jeszcze stany negatywistyczne podniecenia. Negatywizmem oznaczamy niczem nie spowodowaną niedostępność. Wszelkie (życzliwe nawet!) zbliżanie się do chorego wywołuje ruchy obronne i czynne odparcie. Jeżeli natomiast (pozornie!) nie zwraca się na niego uwagi, to chory bywa zazwyczaj spokojny.

Długotrwałe podniecenie nietylko wyczerpuje siły pacjenta, naraża na okaleczenia, ale przedstawia niekiedy (zwłaszcza gdy trwa ono czas dłuższy bez przerwy), jak np. w manji, w porażeniu postępującem, w epilepsji — poważne niebezpieczeństwo dla życia chorego.

Podniecenia działają też nader niekorzystnie na innych chorych. Nie zapominajmy też o niebezpieczeństwie, jakie przedstawia podniecenie chorego dla współpacjentów, pielęgniarzy i lekarzy.

W jaki sposób może pielęgniarz zapobiec podnieceniom chorych?

Dużą kożyść przynosi w pierwszym rzędzie dokładna obserwacja chorego. Przy dobrej obserwacji można dostrzec bodźce wywołujące podniecenie, i je usuwać. Znamiennem jest częste oświadczenie pielęgniarza: „Pacjent się zawsze podnieca, gdy ..“ Właśnie tkwiącą w tem „gdy“ przyczynę należy o ile możności usunąć, np. gdy odwiedziny niedobrze wpływają na pacjenta, gdy się pewni pacjenci zgodzić nie mogą, gdy pewien pacjent lub grupa pacjentów pewnej osoby pielęgnującej znieść nie mogą, i in.

O podnieceniach, które bez widocznej przyczyny się powtarzają, mówiliśmy już powyżej. Są jednak pozatem ledwo dostrzegalne, drobne zmiany w zachowaniu się chorego, w których doświadczony pielęgniarz spostrzeże zwiastuny zbliżającego się podnieeenia. Wówczas pielęgniarz winien natychmiast o tem donieść lekarzowi, który może ewtl. wybuchowi zapobiec, albo conajmniej uchronić innych chorych od jego skutków.

W każdym razie należy **chorych jaknajmniej dotykać** i w ich czynnościach zostawić im o ile możności jaknajdalej sięgającą swobodę. Pociągnienie bowiem, popychanie, targanie macanie chorych tylko ich podnieca.

Trudniej jest z epileptykami i psychopatami. Tu należy stosować się ściśle do zleceń lekarza — w każdym poszczególnym przypadku. Z jednej strony należy mądrze kierować duszą chorego, z drugiej zaś traktować go rozsądnie i przyjaźnie, ze względu na jego słabość.

Mogłoby się wydawać, że powyżej podane sposoby zachowania się personelu wobec chorych podnieconych i ulegających podnieceniu są wymaganiami niewykonalnemi. W rzeczywistości jednak pielęgniarz, milujący swój zawód a stosujący się ściśle do wskazówek lekarza, w krótkim czasie nabędzie potrzebnego doświadczenia.

Streściła nadpiel ANNA BARTOSZAKÓWNA – Dziekanka.
